Washington State
Department of Social
& Health Services

Pedido de documentación por una condición médica o de discapacidad
Documentation Request for Medical/Disability Condition

Estimado Proveedor de cuidado a la salud:

_____ (nombre del cliente) nos ha informado que una condición médica evita o limita su participación en las actividades de WorkFirst, que pudieran incluir la búsqueda de trabajo, preparación para un trabajo, clases de educación, entrenamiento, o trabajo.

Por favor, complete el formulario adjunto para describir estas limitaciones.

Usaremos esta información para determinar el nivel de participación de hasta 40 horas por semana, en la búsqueda de trabajo, preparación para el trabajo, clases de educación, entrenamiento, o trabajo.

Por favor, tenga a bien darnos esta información antes del _____ (fecha límite). Si no recibimos ninguna información de usted, podríamos exigir una participación de tiempo completo, de hasta 40 horas semanales, en los tipos de actividades descritas anteriormente.

Si tiene alguna pregunta o necesita más tiempo para enviarnos la información, por favor, llámeme al _____ (número del empleado).

Muchas gracias,

_____
Nombre del Empleado

Washington State Department of Social & Health Services

WORKFIRST

Pedido de documentación por una condición médica o de discapacidad
Documentation Request for Medical/Disability Condition

NOMBRE DEL CLIENTE	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE
NOMBRE DEL EMPLEADO DE WORKFIRST	NÚMERO DE TELÉFONO
DIRECCIÓN DE LA OFICINA DE SERVICIOS COMUNITARIOS (CSO)	

Para ayudar al departamento a determinar las limitaciones de la persona mencionada arriba, por favor, provea la información siguiente:

1. ¿Tiene esta persona problemas específicos físicos de tipo mental, emocional o de desarrollo que requieren consideraciones o arreglos especiales? ☐ Sí ☐ No Si responde Sí, tipo de condición o diagnóstico:

   ¿Se ha comprobado esta condición con pruebas, informes de laboratorio, etc.? ☐ Sí ☐ No Si responde Sí, adjunte y envíe los documentos.

2. ¿Limita la condición médica la capacidad de la persona para trabajar (por ejemplo: levantar objetos pesados, estar parado o sentado por largo tiempo, seguir instrucciones, inclinarse, estirarse, concentrarse por largos períodos de tiempo, movimientos repetitivos, interactuar con otras personas, y/o exponerse a productos químicos, materiales sintéticos, etc.)? ☐ Sí ☐ No

   Si responde Sí, describa cualquier limitación específica:

   Si responde Sí, esta persona debería estar limitada a los siguientes límites de tiempo por semana:
   ☐ 0 horas (no puede participar) ☐ 1 – 10 hrs. ☐ 11 – 20 hrs. ☐ 21 – 30 hrs. ☐ 31 – 40 hrs.

3. ¿La condición médica de esta persona limita su habilidad de participar en actividades relacionadas con la preparación para trabajar o buscar trabajo (por ejemplo: asistir a clases vocacionales o educacionales que puedan involucrar sentarse por largos períodos de tiempo, completar solicitudes de trabajo que puedan involucrar la retención en la memoria, leer o escribir, y obtener información, hacer y asistir a citas, usar un transporte, hacer cola, participar en entrevistas, seguir un plan de trabajo escrito, o representarse a sí mismo)? ☐ Sí ☐ No

   Si responde Sí, describa cómo:

   Si responde Sí, esta persona debería estar limitada a los siguientes límites de tiempo por semana:
   ☐ 0 hrs. (no puede participar) ☐ 1 – 10 hrs. ☐ 11 – 20 hrs. ☐ 21 – 30 hrs. ☐ 31 – 40 hrs.

4. ¿Tiene esta persona algún límite en cuanto a levantar o llevar peso? ☐ Sí ☐ No

   Si responde Sí, esta persona tiene las siguientes limitaciones:

   ☐ Trabajo sedentario: Hasta cinco (5) libras frecuentemente, con un máximo de 10 libras para llevar de vez en cuando.

   ☐ Trabajo liviano: Hasta 10 libras frecuentemente, con un máximo de 20 libras para llevar de vez en cuando.

   ☐ Trabajo medio: Hasta 25 libras frecuentemente, con un máximo de 50 libras para llevar de vez en cuando.

5. ¿La condición médica de esta persona limita en su habilidad de tener acceso a los servicios (por ejemplo: uso del teléfono, recibir tratamiento, hacer y asistir a citas, usar los servicios de transporte, encontrar el lugar de los servicios)? ☐ Sí ☐ No

   Si responde Sí, describa:

6. ¿Por cuánto tiempo la condición médica de esta persona limitará su habilidad de trabajar, buscar trabajo, o entrenarse para un trabajo?

   _____ Semanas _____ Meses _____ Esta es una condición médica permanente.

7. ¿Hay un plan de tratamiento específico que usted usa para tartar las condiciones médicas o discapacidad de esta persona? ☐ Sí ☐ No

   Si responde Sí, describa el plan de tratamiento.

8. ¿Hay problemas específicos que necesitan mayor evaluación o consideración? ☐ Sí ☐ No

   Si responde Sí, por favor, describa qué tipo de evaluación o consideración y a qué tipo de especialista será derivada esta persona.

PROVEEDOR DE CUIDADOS MÉDICOS/SALUD MENTAL/OTRO PROFESIONAL

FIRMA	FECHA	NÚMERO DE TELÉFONO

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA

DIRECCIÓN POSTAL	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
		WA	

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Yo autorizo a _____ a entregar al Department of Social and Health Services (Departamento de Servicios Sociales y Salud) la información de este formulario y cualquier información de los registros medicos que corroboren la enfermedad o lesión que evite que yo trabaje, solamente para evaluar mi capacidad para participar en el programa de WorkFirst. Entiendo que este permiso específicamente incluye pruebas de diagnóstico o información de tratamiento con respecto a la salud mental, abuso de drogas y alcohol y los resultados de enfermedades de transmisión sexual (STD), incluyendo VIH/SIDA (HIV/AIDS), cuando esta información sea parte de un registro. (Código de Washington Revisado (RCW) 78.24.105)

FIRMA DEL PACIENTE	FECHA

INSTRUCCIONES

Administrador del caso o Trabajador social de DSHS WorkFirst: el propósito de este formulario es ayudarlo a preparar un Individual Responsibility Plan (Plan de Responsabilidad Individual) cuando, como resultado de una condición médica o discapacidad, hay un efecto sobre la habilidad de la persona para trabajar, buscar trabajo, asistir a un entrenamiento y/o acceder a los servicios. **El uso de este formulario NO es obligatorio si existe otra documentación.** Puede darle este formulario al solicitante para que se lo lleve al proveedor professional de servicios para que lo complete, o puede enviárselo por correo directamente al proveedor. Si decide enviar por correo este formulario, adjunte un sobre con sello, estampillado, con su dirección, incluyendo su nombre para asegurar que el formulario sea enviado a la persona correcta.

Cliente de DSHS: El propósito de este formulario es obtener información de un proveedor médico que está ayudando a su Administrador del Caso (Case Manager) o Funcionario de servicios sociales (Social Worker) a revisar sus problemas de salud y a crear un Individual Responsibility Plan que se ajuste a sus necesidades y limitaciones específicas.

Doctor o Proveedor de cuidado a la salud: Para que clientes adultos reciban asistencia pública (TANF), se requiere que ellos trabajen, busquen activamente un trabajo, o reciban de 32 a 40 horas de entrenamiento por semana. Es posible que algunos clientes no puedan cumplir con este requisito debido a problemas de salud. Es posible que estos clientes tengan que ser exceptuados temporalmente de la actividad laboral, puedan participar pero por un número limitado de horas, o deban evitar ciertos tipos de actividades de trabajo. Por favor, complete este formulario y déselo al cliente o envíelo al Administrador del caso o Funcionario de servicios sociales de WorkFirst, usando el sobre incluido O envíenos notas, cartas u otra documentación que usted tenga en sus registros que sean relevantes a las limitaciones de la persona.